

救急室での経過

救急科での評価で肺塞栓症は否定的とのことであった。肺炎による COPD 急性増悪として気管支拡張薬、ステロイド薬を投与されている間に内科入院依頼となった。内科接触時も呼吸困難があり、肥厚した胸鎖乳突筋を使用した呼吸をしていた。普段から誤嚥はなく、普通食を摂取しており、介護保険は未申請とのことだった。温泉や循環浴槽の使用はなかった。呼気延長と気管短縮を認めた。頸静脈圧の上昇は認めず、心尖拍動は第 5 肋間鎖骨中線よりやや内側に触知し、ばち指は認めなかった。

プロブレムリスト

- # 発熱
- # 呼吸困難
- # 膿性痰・咳嗽
- # COPD 急性増悪 (AECOPD)
- # 細菌性肺炎
- # 重喫煙者/ニコチン依存症の疑い
- # BMI 19.0 (普通体重正常下限)

治療方針

- # 発熱
- # 呼吸困難
- # 膿性痰・咳嗽

呼吸困難の増悪、喀痰の膿性化および増加を認め、重喫煙歴と呼吸補助筋、気管短縮などの身体所見と胸部 CT 上の気腫肺の所見から COPD 急性増悪と診断した。COPD 急性増悪の誘因としては細菌性肺炎を考えた。特記すべき既往もなく溢水所見に乏しいため、うっ血性心不全や気管支喘息発作の可能性は低いと考えた。救急科で肺塞栓は否定されている。

- # COPD 急性増悪

COPD 急性増悪に対する治療として、サルブタモール 2.5 mg の吸入を 4 時間ごとに行い、メチルプレドニゾロン 40 mg 静注を 6 時間ごとに投与することとした。急性増悪の誘因である細菌性肺炎には後述のように抗菌薬治療を開始した。頻呼吸のあるなかでも PaCO₂ 40 mmHg と CO₂ 貯留がもともとあると考えられ、酸素化の目標は SpO₂ 89~93% とした。

内服可能な状態になった場合はメチルプレドニゾロン静注をプレドニゾロン 40 mg 1 日 1 回内服に切り替える。ステロイド薬投与期間は 5 日間の予定とするが、呼吸状態の改善など経過を見て判断する。サルブタモールも呼吸状態を見て回数の減量を検討する。

※この後に予想される範囲内で病期評価のための検査プラン（呼吸機能検査など）や慢性期の治療プラン、栄養指導・予防接種などの予防プランを記載する。

- # 細菌性肺炎

※同様に診断根拠や治療薬選択の理由、治療期間などを記載する。

現在重喫煙者 (100 pack-year)/ニコチン依存症の疑い

BMI 19.0 (普通体重正常下限)

入院合併症予防

深部静脈血栓症予防：Padua スコア 5 点であり、ヘパリンカルシウム 5,000 単位を 1 日 2 回皮下注射で投与を行う。歩行可能となれば中止する。

せん妄：高齢で呼吸不全があり高リスクと判断した。積極的に環境調整など行う。

廃用予防：理学療法士にオーダー済み (呼吸器リハビリテーション)。栄養療法も計画する。

誤嚥リスク：なし (初療時点で水飲みテストは問題なし)

アルコール離脱予防：低リスクと判断した。

予防医療・退院支援

ヘルスメンテナンス：高血圧，糖尿病，脂質異常症といった動脈硬化性心血管疾患リスクは認めず，入院中は禁煙のみ指導する。各種がんスクリーニングは外来で検討する。

予防接種：肺炎球菌ワクチンと毎年のインフルエンザワクチンは接種を勧める。

社会的問題：初回の入院で ADL はすべて自立しているが，在宅酸素導入や ADL 低下などの可能性はあり，介護保険申請について説明する。

ケアの目標

静注抗菌薬治療が終わり，呼吸状態が安定すれば自宅退院

悪い知らせなどの告知

ご本人と妻にお伝えする。

心肺停止時 Code

ご本人とお話でき，Living will として心肺停止時 DNAR (胸骨圧迫・挿管・除細動なし) の方針となった。ご家族にも説明済み。状態悪化時の中心静脈カテーテル，昇圧薬，NPPV は使用する。

代理意思決定者・キーパーソン

長男